

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 94

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 décembre 1901 à 1 heure

Par HÉRAUD MÉLIKIAN

Né à Constantinople le 27 février 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE A FORME NÉOPLASIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. REMY, professeur.
MARION et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 décembre 1901 à 1 heure

Par HÉRAUD MÉLIKIAN

Né à Constantinople le 27 février 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE A FORME NÉOPLASIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. REMY, professeur.
MARION et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	N.....
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSÉ.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MADAME CHAPUY

Témoignage de ma plus vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Touchant au terme de nos études médicales, nous nous voyons dans la douce obligation d'adresser ici publiquement nos remerciements aux maîtres éminents dont il nous a été donné de suivre l'enseignement ou d'écouter les leçons.

Nos premiers hommages de respectueuse reconnaissance s'adressent à M. le Professeur agrégé Charles Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, dans le service duquel nous avons pu nous « faire la main » à la pratique de la chirurgie. Nous sommes heureux de lui témoigner notre très cordiale sympathie : qu'il soit assuré de notre absolu dévouement.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. le Dr Victor Veau, Prosecteur à la faculté de Médecine, à qui nous sommes redevable du sujet de notre thèse, et qui a eu la bienveillance de nous prodiguer les conseils nécessaires à nous guider dans notre travail.

M. le professeur agrégé Walther a droit à toute notre reconnaissance ; nous le prions de croire à toute notre respectueuse affection.

Nous devons beaucoup aussi à nos maîtres des hôpitaux, et en particulier à MM. les professeurs Lannelongue, Pinard, Dieulafoy et à MM. Ricard, Legueu,

professeurs agrégés, dont les savants conseils et excellentes leçons nous ont été si profitables.

Un dernier devoir nous reste à accomplir, celui de remercier tout particulièrement M. le professeur Tillaux. Nous le faisons avec tout l'élan de reconnaissance qu'a suscité dans notre esprit l'audition de ses leçons magistrales et la bienveillance particulière dont il nous a comblé en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE A FORME NÉOPLASIQUE

Connue depuis un temps relativement court, l'appendicite aiguë se présente actuellement sous les formes multiples qui tiennent en particulier à ces deux grands facteurs qui régissent le tableau clinique de toute maladie infectieuse : la résistance individuelle du sujet, et la virulence du germe morbide. Depuis la simple poussée d'appendicite que Talamon désigne du terme impropre de « colique appendiculaire », jusqu'à cette forme septique grave d'emblée et rapidement mortelle qui traduit l'envahissement de la grande cavité péritonéale par un germe qui ne donne même pas au pus le temps de se former, on connaît de nombreux intermédiaires. La clinique a appris à mettre sur chacun d'eux un nom qui traduit la variété du processus anatomo-pathologique, et ainsi ont été créées à côté des deux variétés

précédentes, les appendicites suppurées avec péritonite généralisée ou circonscrite.

La péritonite localisée qui mérite ici le nom d'abcès appendiculaire se présente comme le type le plus habituel de l'appendicite ; il est le résultat d'un processus aigu contre lequel une intervention, sur la précocité de laquelle nous n'avons pas à discuter, est provoquée par le diagnostic d'une collection, plus ou moins volumineuse, mais se traduisant toujours par des symptômes locaux et généraux.

Il existe au contraire une variété d'appendicite, chronique celle-ci, mais qui s'accompagne elle aussi d'un abcès péri-appendiculaire, évoluant insidieusement, en tant qu'appendicite ; elle ne se manifeste pendant un certain temps que par des signes fonctionnels et surtout généraux qu'est susceptible de provoquer dans l'organisme toute collection purulente, et ne s'accompagne que tardivement de symptômes locaux susceptibles eux-mêmes d'induire en erreur, étant donné le tableau clinique au milieu duquel ils apparaissent et qu'ont réalisé les signes généraux plus précoces.

C'est sur cette variété que nous appellerons de nouveau l'attention. Elle a été décrite en 1893 par MM. Legueu et Beaussenat, dans la *Revue de gynécologie de Pozzi*. Ces auteurs lui donnèrent le nom sous laquelle nous la désignons. Déjà dans le n° 1 de la même revue de 1893, M. Vautrin de Nancy avait rapporté une observation de cette variété prise pour un néoplasme du gros intestin. La même année, dans sa thèse inaugurale, M. Fabre, sous l'inspiration de M. le professeur Le-

guez, réunit les notions existant à cette époque sur cette forme dont M. le professeur Walther a lui-même observé plusieurs cas.

Il semble donc bien acquis aujourd'hui qu'il existe une forme d'appendicite chronique, à évolution particulière, différente dès lors de l'appendicite chronique, que nous sommes habitués à voir évoluer par poussées, différente aussi essentiellement, au point de vue anatomopathologique surtout, des appendicites spécifiques, bacillaire et actinomycosique qui mérite, comme nous le verrons, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle prête surtout, l'épithète qui lui a été donnée de « néoplasique ».

ÉTIOLOGIE

Les conditions étiologiques dans lesquelles s'observe ce type d'appendicite sont spéciales : les femmes beaucoup plus que les hommes y paraissent prédisposées, au point que l'on trouve, dit M. le professeur Legueu, huit femmes sur onze cas. C'est tardivement, de 40 à 70 ans qu'on l'observe et c'est là un caractère bien particulier. Comme le montrent nos observations, peu de données souvent sont fournies par l'histoire de la maladie jusqu'au jour où a débuté l'affection en cause. En cherchant bien cependant on peut trouver quelques signes d'entérocolite, de vagues troubles intestinaux, voire même, précieux élément pour le diagnostic, une atteinte d'appendicite. Ce seront là remarques plus intéressantes que le traumatisme encore rapporté. Nous ne laisserons pas passer non plus les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, le choléra, la grippe. Dans l'observation V de la thèse de Fabre, une constipation opiniâtre, nécessitant des purgations répétées, s'accompagnant d'entérocolite préexistait depuis de longues années.

Un fait à retenir, c'est l'absence chez les malades de troubles annexiels ou utérins.

La caractéristique de cette appendicite est aussi de passer longtemps inaperçue, ne s'accompagnant d'aucun des signes révélateurs qui attirent dans les autres cas l'attention vers l'appendice. Pour expliquer cette latence initiale du processus que n'accompagne aucun phénomène aigu, on peut, comme le dit Levrey, dans sa thèse de 1899, invoquer le manque d'individualité fonctionnelle de l'organe malade. En effet, il résultera de cette étude que l'appendicite à forme néoplasique est fréquemment une appendicite à type postérieur et nous verrons même des exemples d'intégrité de la séreuse péritonéale. Il semble dès lors aisé de concevoir que le défaut de lésions du péritoine ou leur apparition tardive s'accompagne de l'absence des symptômes frappants que provoquent, dans les formes habituelles, ces altérations de la séreuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'on étudie l'anatomie pathologique de la forme néoplasique de l'appendicite, l'on est frappé par ce fait, que nous venons d'entrevoir, que la collection purulente peut être complètement sous-péritonéale. C'est ce qui ressort clairement de l'exposé suivant que M. Vautrin fait, dans le N° 1 de la *Revue de Gynécologie de Pozzi*, d'un cas pour lequel il fut appelé à intervenir : une femme de 55 ans, d'une excellente santé antérieure ressent depuis 3 mois des douleurs dans le flanc droit ; une tumeur apparaît progressivement dans cette région et c'est avec le diagnostic de tumeur du gros intestin que cette malade est adressée à M. Vautrin.

« Or, dit le chirurgien, voici ce que je rencontrai pendant l'opération : un péritoine intact, un cœcum refoulé en avant, et rétréci par une tuméfaction rétro-péritonéale, pas trace d'appendice dans le ventre. Je refermai le péritoine, puis, profitant de l'incision des parties molles, je m'acheminai par décollement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; derrière le cœcum et le colon ascendant, jusque vers la partie inférieure du rein et à partir de la fosse iliaque droite, je rencontrai une masse inflammatoire, résistante, renfermant dans

son centre un pus épais, granuleux, avec des débris de tissu sphacélé ; accolé au cœcum, je trouvai l'appendice dur, scléreux et très gros ».

Cette disposition a été observée par d'autres chirurgiens au cours d'interventions. MM. Legueu et Beausenat sous le titre « appendicite à forme néoplasique », dans l'article déjà cité de la *Revue de gynécologie de Pozzi* n° 2, avril 1898, p. 301, rapportent des cas analogues. Enfin M. le professeur agrégé Walther en a observé deux autres identiques au cours de laparotomie exploratrice. Dans l'observation IV de sa thèse, Fabre s'exprime ainsi : « on incise largement cette aponévrose (du grand oblique) sur la sonde cannelée, et on arrive ainsi dans une très grande poche pleine d'un pus épais, verdâtre, très fétide et qu'on évacue.

La poche remplit toute la fosse iliaque et présente un diverticule qui va vers la région lombaire, et un autre qui va vers le petit bassin. On ne voit ni le cœcum, ni l'appendice qui semblent *rejetés en avant et en dedans* de la collection ».

Dans notre observation personnelle c'est cette même disposition qui nous frappe encore et là aussi il apparaît nettement que, développée en arrière du cœcum, la collection d'origine appendiculaire s'est développée en refoulant devant elle la portion initiale du gros intestin, devenant de plus en plus volumineuse, elle est arrivée à remplir la fosse iliaque créant au niveau du péritoine de cette région des adhérences englobant le pus.

Lorsque l'on intervient pour une appendicite à forme

néoplasique, après incision de la paroi abdominale, on peut trouver plusieurs dispositions : tantôt, comme dans l'exemple rapporté par M. Vautrin, le péritoine apparaît libre, sans adhérences; l'abcès siège sous son feuillet pariétal iléo-lombaire, tantôt on trouve, au contact même de la paroi abdominale antérieure une poche adhérente fusionnée même avec cette paroi qu'elle peut envahir, puis ulcérer; tantôt enfin la fosse iliaque est occupée par une tumeur de volume variable. Dans ce cas et dans le cas précédent on voit fréquemment, des prolongements se porter vers la région lombaire ou vers le petit bassin (obs. de Fabre). Dans l'observation VII de la thèse du même auteur, on trouve consigné le cas d'un prolongement fessier émigré par la grande échancre sciatique.

En tous cas, les parois de ces poches sont épaisses et dures. Elles sont constituées par des néo-membranes organisées, scléreuses et résistantes. Souvent elles ont un aspect lardacé. Si la collection est sous-péritonéale, la paroi antérieure de la poche est formée par le péritoine iliaque épaissi : la paroi postérieure par des masses également tomenteuses dépendant de la couche sous-péritonéale en arrière de laquelle est l'aponévrose psoas-iliaque séparée de son muscle par une nouvelle couche cellulo-graisseuse. Le cœcum et l'appendice sont parfois englobés dans les fausses membranes; d'autres fois ils sont inclus dans la paroi antérieure de la poche; ou bien encore, c'est sous le péritoine qu'on les trouve comme dans le cas de Vautrin.

La découverte de l'appendice est souvent laborieuse

et nous verrons cependant, au traitement, l'importance de cette découverte.

Il apparaît plus ou moins altéré suivant le cas : gros, dur, scléreux ou au contraire petit et étouffé par les membranes fibreuses, il peut être encore perforé.

Cette poche renferme une quantité plus ou moins grande d'un liquide variant depuis le pus phlegmoneux jusqu'au pus grumelleux mêlé aux matières stercorales que laisse passer dans la poche l'ulcération appendiculaire. Ce pus a une odeur infecte qu'explique assez le voisinage de l'intestin sans que soit nécessaire la perforation. Le pus n'est pas très abondant en général et il est de règle de le trouver collecté au centre d'une épaisse coque fibro-scléreuse.

L'évolution anatomo-pathologique de ces collections nous les montre se développant progressivement, susceptibles même de venir se faire jour spontanément à l'extérieur, mais les complications locales en sont rares.

L'inoculation du pus faite au cobaye reste végétative et affirme ainsi la nature non tuberculeuse d'une affection que son évolution clinique différencie d'ailleurs de la localisation cœcale et appendiculaire du bacille de Koch.

Il ne saurait être non plus question ici de l'actinomycose que caractérisent ses grains jaunes.

Cette vue d'ensemble sur l'anatomie pathologique et l'appendicite à forme néoplasique nous a permis de constater l'intérêt dans cette forme de l'abcès à type rétro-cœcal. Il y a, dans cette constatation une donnée qui concorde avec l'évolution en deux étapes du tableau

clinique de cette affection qui, rappelant ce qui se passe pour l'appendicite aiguë à siège postérieur, se traduit d'abord par des symptômes généraux et fonctionnels puis par des signes physiques.

PATHOGÉNIE

Convaincu de l'existence d'une relation entre la forme néoplasique de l'appendicite et le type topographique de l'appendice, nous croyons cependant la pathogénie de cette affection suffisamment délicate pour ne pouvoir qu'être ébauchée.

Malgré les conditions étiologiques spéciales dans lesquelles se présentent ces malades âgées de 40 à 70 ans, aux environs souvent de la ménopause, on ne peut rien imputer, semble-t-il, aux organes génitaux auxquels fait de prime abord songer l'exclusion presque complète du sexe masculin de cette affection.

Chez aucune des malades observées, on n'a, en effet trouvé d'antécédents génitaux qui puissent faire invoquer la propagation d'une inflammation annexielle ou utérine par les lymphatiques qu'à décrits Clado.

Au contraire nous avons vu qu'en cherchant attentivement dans les antécédents on trouve souvent une affection intestinale quelquefois à peine accusée par la malade ; dans certains cas, on obtient même l'affirmation d'une crise douloureuse du côté de l'appendice, remontant à plusieurs années parfois, et dont l'interrogatoire a besoin d'évoquer le souvenir. Ce sera là un précieux élément de diagnostic. Ainsi nous semble suf-

fisamment nette l'origine appendiculaire de cette forme dans laquelle on peut voir la perforation de l'appendice apporter à l'affection sa signature étiologique.

La fréquence du type rétro-cœcal a elle aussi son intérêt. En effet si l'on n'admet plus la description que donnaient les anatomistes classiques de la disposition du péritoine autour du cœcum et de l'appendice, si l'on sait bien aujourd'hui que le cœcum est enveloppé par le péritoine comme le cœur l'est par le feuillet viscéral du péricarde séreux, du moins faut-il savoir aussi que le type autrefois décrit comme la règle, subsiste encore au moins comme exception. Dans ce cas la propagation au tissu sus-péritonéal s'explique d'elle-même ; ainsi est réalisé le type qu'a rencontré M. Vautrin ; ainsi s'expliquent les fusées d'une part vers la région lombaire, d'autre part vers l'arcade de Fallope du pus qui sépare l'aponévrose du péritoine ; indépendamment de ces cas où une coalescence trop complète des feuilletts péritonéaux de l'embryon a fait du cœcum un organe pariétal, la fréquence des abcès postérieurs peut encore se concevoir par propagation lymphatique. Nous n'entrerons pas ici dans des considérations anatomiques qui ont cependant en la matière un grand intérêt, et nous constaterons seulement avec M. Vautrin (*loco citato*) que même dans le cas de situation normale de l'appendice il peut se faire une propagation par les lymphatiques du méso-appendice et une suppuration condensée autour du ganglion rétro-cœcal. « On a même signalé, ajoute le même auteur, des phlegmons rétro-cœcaux d'origine lymphatique sans péri-appendicite intra-péritonéale : la

muqueuse du diverticule cœcal est seule atteinte ».

Il est enfin une disposition anatomique qui peut expliquer le développement de ces abcès plus pariétaux que péritonéaux ; l'appendice en effet, de même que le fond du cœcum, peuvent reposer dans une dépression décrite sous le nom de fossette sous-cœcale ou iliaque et que Busiadecki a décrite sous le nom de fossé iliaco-suffacialis. Elle occupe la partie moyenne de la fosse iliaque et à son niveau on voit le péritoine s'enfoncer en cul-de-sac à travers l'aponévrose iliaque interrompue, dans le tissu cellulaire aponévrotique. C'est dans cette dépression que l'on trouve parfois l'appendice.

En définitive, l'appendicite dite à forme néoplasique nous apparaît comme une manifestation d'origine appendiculaire, dont la propagation fréquente aux plans rétro-cœcaux peut s'expliquer soit par la réalisation d'un type anatomique qui doit être considéré comme rare, soit par la transmission de l'inflammation à ces mêmes plans par voie lymphatique.

SYMPTOMATOLOGIE

Quelles que soient la pathogénie et la cause immédiate de l'affection qui nous occupe, elle est caractérisée par un ensemble de symptômes et une évolution clinique spéciaux qui lui ont fait donner son nom par Legueu et Beaussenat. En effet cette forme d'appendicite se manifeste d'abord par des symptômes fonctionnels et des symptômes généraux tels que devant un malade les présentant, la pensée première du clinicien se porte vers le diagnostic de néoplasme.

Dans la majorité des observations que nous rapportons ici et que nous avons étudiées longuement l'affection débute par des troubles gastro-intestinaux.

La malade, puisqu'il s'agit presque toujours d'une femme, perd peu à peu l'appétit, pour arriver progressivement à une anorexie complète. Quelquefois cette anorexie est élective, comme dans l'observation II de la thèse de Fabre, où elle portait particulièrement sur la viande. En même temps que cette perte de l'appétit s'observent des éructations pénibles, des nausées allant presque toujours jusqu'au vomissement. Ces vomissements alimentaires ou bilieux surviennent en général par crises plus ou moins rapprochées ; mais à une

période avancée de l'évolution, ils peuvent être si fréquents que la malade présente une intolérance stomacale presque absolue.

Nausées et vomissements s'accompagnent, dans presque tous les cas rapportés, d'un léger ballonnement du ventre et de coliques qui peuvent être extrêmement violentes et sont parfois suivies de diarrhée abondante, bien que dans la règle, la constipation soit observée.

En dehors de ces douleurs abdominales à forme de coliques, apparaissent dès le début de l'affection, des douleurs spéciales, localisées du côté droit de l'abdomen et en rapport avec la phlegmasie qui siège à ce niveau.

Tantôt ce sont des douleurs vagues siégeant dans tout le côté droit du ventre, tantôt elles sont beaucoup plus vives, à tel point que l'examen de la malade en est rendu difficile.

En effet il ne s'agit pas seulement de douleur spontanée, mais surtout de douleur provoquée, soit par pression sur la région de l'hypocondre droit, soit par la station debout, soit enfin par les mouvements du membre inférieur droit. Souvent, ce membre est lui-même le siège de douleurs irradiées, d'intensité plus ou moins considérable et que le malade cherche à éviter par la flexion de la jambe sur la cuisse, celle de la cuisse sur le bassin, et enfin par le décubitus droit.

Ces douleurs qui fatiguent la malade et surtout les troubles gastro-intestinaux qui l'épuisent, amènent rapidement une atteinte grave à la nutrition générale. Les forces diminuent peu à peu, le moindre effort pour

marcher fatigüe, et progressivement on observe une asthénie complète, condamnant au lit la malade, qui n'est plus qu'une débilitée—La perte des forces est d'ailleurs en rapport avec un amaigrissement rapidement croissant et devenant si marqué, que bientôt la malade tombe dans la cachexie, avec teinte jaune plus ou moins prononcée des léguments, lèvres décolorées, conjonctives subictériques comme dans l'observation VI.

Nous en aurons fini avec le tableau clinique de cette période de l'affection, lorsque nous aurons étudié un symptôme de la plus haute importance, capital au point de vue du diagnostic et partant au point de vue de l'intervention hâtive et du pronostic : nous voulons parler de la fièvre. Celle-ci se manifeste en effet dès le début de la maladie, tantôt par une simple sensation de froid, quelques frissons, tantôt au contraire par des accès francs, la température pouvant s'élever jusqu'à 39° et 39° 5. Ces élévations de température qui sont absolument constantes, se produisent de préférence le soir, amenant des sueurs profuses et pour la nuit de l'insomnie ou un sommeil agité qui achèvent d'épuiser la malade.

L'étude de ces mouvements fébriles est extrêmement importante, nous le répétons, puisque c'est grâce à eux le plus souvent que pourra être écartée l'idée de néoplasme, ainsi que nous le verrons à propos du diagnostic.

Symptômes physiques. — C'est au cours de l'évolution de ces symptômes fonctionnels et généraux et longtemps après leur apparition (2 mois, 6 mois, 2 ans)

alors que déjà la malade est cachectisée, que le médecin, pratiquant un nouvel examen de l'abdomen, arrive à découvrir une tumeur.

Par la seule inspection, on observe quelquefois dans le flanc droit une tuméfaction d'un volume variable, qui soulève la paroi abdominale d'une façon plus ou moins appréciable et au niveau de laquelle la peau paraît oedématisée ou même présente l'aspect spécial, dit « peau d'orange ».

Plus souvent la vue seule ne peut donner des renseignements utiles et c'est le palper simple ou combiné qui va permettre de reconnaître l'existence de la tumeur. Celle-ci occupe le flanc droit et elle s'étend plus ou moins loin, en dehors vers la région lombaire, en dedans vers l'ombilic, en haut du côté des fausses-côtes ; en bas dans la fosse iliaque. Quoi qu'il en soit, elle présente en général des contours arrondis et réguliers, ce qui permet de la limiter facilement ; sa consistance est dure ou plutôt rénitente et dans quelques cas, on a pu percevoir en un point très limité une sensation de mollesse ou même de la fluctuation nette. L'influence des mouvements respiratoires ne se fait pas sentir sur la situation de la tumeur, qui est en général immobile dans tous les sens, sauf peut-être dans le sens antéro-postérieur ; en tout cas elle ne perd pas contact avec la paroi abdominale.

La percussion révèle une matité complète au niveau de la tuméfaction, avec autour une zone de sonorité. Toutefois, une percussion trop superficielle sur la

tumeur pourrait induire en erreur, en donnant une certaine sonorité.

C'est en général quand la tumeur a fait son apparition et a été diagnostiquée, que l'on observe les troubles signalés chez plusieurs malades du côté de l'appareil urinaire. La malade de Vautrin avait de véritables crises de coliques néphrétiques avec gros rein, suivies de débâcles urinaires et dans deux autres cas les urines étaient troubles, purulentes. On peut considérer ces accidents de cystite et d'hydronéphrose comme de véritables complications par compression de l'urètre (*ou par infection par contiguité*).

C'est également à la période ultime de l'affection, alors que le malade est dans un état de cachexie avancée et près de sa fin, qu'apparaît l'œdème du membre inférieur droit, observé dans plusieurs cas, de même que le muguet.

Ainsi donc, la similitude du tableau clinique et des manifestations d'une tumeur maligne de la région, n'existe pas seulement pour la première période de la maladie, mais encore pour les signes physiques, c'est dire combien le diagnostic sera difficile.

Diagnostic. — Il sera d'autant plus difficile à poser que jusqu'ici, dans les traités, on n'a jamais parlé de cette forme spéciale de l'appendicite, affection que l'on est habitué à considérer comme exceptionnelle après quarante ans. Et cependant, le diagnostic pour être véritablement utile, doit être précoce ; nous allons essayer de montrer qu'il est possible.

Première période. — Nous avons vu que l'affection

qui pouvait le plus facilement induire en erreur pendant la première période de l'évolution de la maladie, était le néoplasme. En effet, *à priori*, l'idée de néoplasme s'impose de par : l'âge du malade, les troubles généraux et fonctionnels, la cachexie précoce. Pourtant il existe dès le début un élément de diagnostic important et sur lequel nous avons insisté dans notre description clinique, c'est la fièvre.

En effet, s'il est vrai qu'elle a été signalée au cours de l'évolution des néoplasmes, attribuée soit à une intoxication, soit plutôt à une infection secondaire, elle ne fait pas du moins partie de leur tableau symptomatique; elle ne survient guère dans ces cas, qu'à la période ultime de l'affection et il est rare qu'elle atteigne une intensité considérable. C'est pourquoi, dans l'appendicite néoplasique, la fièvre, en raison de sa constance au début et pendant le cours de l'évolution, présente-t-elle un intérêt capital. Sa valeur diagnostique est encore accrue, si on la considère dans ses rapports avec des phénomènes antérieurs ou concomitants, comme une crise appendiculaire ou la notion d'une entéro-colite quelconque dans les antécédents du malade.

Nous dirons donc que le diagnostic d'appendicite à forme néoplasique, quoique présentant de grandes difficultés, est cependant possible dès la première période, à condition toutefois que l'on ait bien présente à l'esprit la notion d'existence de cette forme d'appendicite.

Deuxième période. — Mais les phénomènes locaux vont apparaître ; le diagnostic va se présenter dans des conditions toutes différentes maintenant qu'un examen

a révélé l'existence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur.

En dehors de la fièvre, dont nous avons vu toute la valeur, chaque variété de tumeur siégeant dans cette région lombo-iliaque droite et dont l'apparition a été précédée des symptômes généraux que nous avons décrits, plusieurs cas seront à considérer.

1° *Ou bien la tumeur est nettement limitée à la région iliaque* et alors on pourra penser surtout aux néoplasmes du cœcum et aux tumeurs du bassin, l'ostéo-sarcome en particulier.

Le cancer du cœcum présente bien un début analogue à celui de l'appendicite néoplasique : symptômes généraux vagues, alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement, cachexie progressive, mais : outre sa rareté, il est indolent ou presque, il s'accompagne très fréquemment d'hémorrhagies intestinales, d'accidents d'obstruction suivis de débâcles, de selles sanieuses et purulentes dans lesquelles on peut quelquefois observer des particules cancéreuses. D'ailleurs la tumeur qu'il forme est habituellement bosselée, irrégulière et mobile, du moins au début.

Dans l'*ostéo-sarcome du bassin*, disent Legueu et Beaussenat : « La douleur vive, subite du début pourrait en imposer, mais la tumeur devient très volumineuse, bosselée, adhérente, inégale, souvent pulsatile ; elle gagne habituellement la cuisse et est très souvent le siège d'une crépitation parcheminée caractéristique.

La tuberculose du cœcum ou l'appendicite tuberculeuse,

formant une véritable tumeur de la région cœcale seront presque fatalement une cause d'erreur. Pourtant, outre que dans ces cas, les troubles de nutrition générale sont moins rapides peut-être et moins accentués, il est rare que la tuberculose se localise exclusivement à l'appendice ou au cœcum; c'est pourquoi l'examen minutieux des autres organes, l'étude des antécédents personnels et héréditaires du malade, pourront être d'un grand secours.

L'appendicite actinomycosique que nous avons étudiée dans les mémoires de Gangolphe et Hinglais et aussi dans la thèse inaugurale de Isemer, à Munich, se révèle par des manifestations cliniques si peu différentes de celles de l'appendicite néoplasique, que le diagnostic paraît impossible. C'est dans ces cas que l'incision exploratrice préconisée par Legueu et Beausenat, pourra trouver son indication.

2° *Ou bien la tumeur présente une situation haute et* alors on pourra penser à une affection du foie.

Le cancer du foie et le kyste hydatique sont mobiles plus ou moins, ils subissent l'influence des mouvements respiratoires et enfin ils se manifestent par d'autres symptômes tout à fait particuliers sur lesquels nous n'avons pas à insister. Il en est de même pour certains cas de *péricholécystite*.

Les *tumeurs du rein* pourraient en imposer davantage: nous avons vu en effet dans notre chapitre d'anatomie pathologique que l'appendicite néoplasique à type postérieur fréquent, envoyait quelquefois un prolongement

lombaire, remontant vers le rein. Mais les tumeurs du rein subissent elles aussi l'influence des mouvements respiratoires; en outre les renseignements donnés par le ballottement rénal de Guyon, les troubles urinaux spéciaux, les hématuries en particulier, viendront éclairer le diagnostic.

Nous ne ferons point ici le diagnostic différentiel de certains phlegmons iliaques à forme torpide, puisque nous avons reconnu de par l'anatomie pathologique, qu'ils pouvaient avoir eux-mêmes une origine appendiculaire.

3° *Ou bien la tumeur s'étend vers l'ombilic et peut en imposer pour une tumeur du mésentère*, mais celles-ci sont mobiles dans tous les sens, sont limitées à la région ombilicale et ont une évolution moins rapidement cachectisante.

En ce qui concerne la *dégénérescence des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux* dans le carcinome du tube digestif, Kraft a montré que ces ganglions sont multiples, se développent lentement et sont recouverts par des anses intestinales.

4° *Ou bien enfin, la tumeur descend vers le pelvis et attire l'attention du côté des organes de cette région.* Il suffit de lire les observations que nous rapportons pour voir que dans tous les cas, le toucher vaginal était négatif et permettait par conséquent d'éliminer d'emblée, le diagnostic d'affection utérine ou annexielle.

En résumé et au risque de nous exposer à des redites,

nous concluons ce chapitre de diagnostic en disant que le diagnostic d'appendicite dite néoplasique, quoique très difficile, peut cependant être porté, surtout à la deuxième période de l'affection, si l'on a soin d'étudier minutieusement les symptômes observés. On pourra s'aider d'ailleurs, comme le conseillent Legueu et Beaussenat, d'un examen sous chloroforme ou même d'une incision exploratrice, qui ne sera que le premier temps d'une intervention curatrice.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de l'appendicite à forme néoplasique serait fatal si n'était l'efficacité du traitement chirurgical. Grâce à celui-ci le pronostic est favorable tant que l'intervention est rendue possible par l'état général de la malade ; à la condition par conséquent que l'on fasse le diagnostic à temps, et que l'on ne perde pas un temps précieux à demander au traitement médical ce qu'il ne peut donner ici.

L'incision, quant à son siège et à sa direction, est réglée par le siège même et la forme de la collection.

Dans le cas de tuméfaction nettement localisée à la fosse iliaque, l'incision de Roux, au tissu de l'arcade crurale et parallèlement à elle, remontant au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, conduira après incision de la paroi, plan par plan, sur une collection qui pourra adhérer à la paroi abdominale antérieure; dans ce cas l'opération est facilitée par l'évacuation facile du pus qui peut même infiltrer la paroi. D'autres fois la collection à distance encore de la paroi fera saillie dans la fosse iliaque au milieu de néo-membranes.

Dans ce cas encore on ouvrira à travers les lèvres de l'incision. Mais si l'on se trouve en présence d'une

sérieuse respectée comme nous en avons vu la possibilité, il faudra, sans s'exposer à inoculer la grande cavité péritonéale, décoller le feuillet pariétal et aborder la collection latéralement. L'incision lombaire s'appliquera aux collections nettement postérieures.

Dans tous ces cas, l'on videra le pus et l'on pratiquera au besoin un lavage de la poche.

Il arrive que l'on tombe sans peine sur l'appendice ; d'autres fois celui-ci, perdu au milieu des néo-membranes, est fort difficile à trouver et alors se pose la question de sa recherche. Il semblerait résulter des suites des simples incisions que la résection de l'appendice ne soit pas nécessaire. Cependant il faut le plus souvent possible mettre en pratique cette notion que si l'on laisse l'appendice, l'on laisse le point de départ du processus, exposant ainsi aux longues suppurations, voire à une nouvelle intervention.

Après avoir, le plus souvent possible, par conséquent enlevé l'appendice, on drainera et on pansera antiseptiquement.

Les résultats sont le plus souvent favorables ; sous l'influence de l'évacuation de la poche ; sous l'influence des injections de sérum si l'état général le réclame, on verra cet état général s'améliorer rapidement et confirmer une fois de plus le principe de chirurgie générale de la faible virulence des foyers chroniques.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, soignée par notre excellent confrère M. Bachon. Son histoire est assez confuse et plusieurs diagnostics ont été successivement portés.

Il y a huit mois, la malade a commencé à maigrir très rapidement, en même temps qu'elle perdait ses forces et que son appétit disparaissait. Pendant quatre ou cinq mois, aucune localisation douloureuse n'a appelé l'attention sur un point quelconque ; mais outre l'amaigrissement et la perte de l'appétit et des forces, des vomissements sont survenus, alimentaires ou bilieux, qui se répétaient de temps à autre. On pensa alors à un cancer de l'estomac et c'est pour cette affection que la malade fut traitée pendant plusieurs mois.

Un jour, elle accusa de vagues douleurs dans l'aîne et le membre du côté droit dont les mouvements devinrent douloureux. On constata à ce moment, dans la fosse iliaque droite, une induration profonde, squirrheuse, qui éveilla tout de suite l'idée d'un néoplasme secondaire.

Pendant un mois, les choses en restèrent là. La malade maigrissait de plus en plus, prenait une teinte jaune, de jour en jour plus prononcée, perdait toute énergie, ne quittait plus son lit et semblait condamnée à une fin prochaine. Un chirurgien des Hôpitaux, appelé à cette époque en consultation confirma le diagnostic de néoplasme et jugea inutile toute intervention.

Cependant les mouvements du membre inférieur droit devenaient de plus en plus pénibles, et la cuisse se fléchissait peu à peu sur le bassin.

De temps en temps on notait quelques petits mouvements fébriles, survenant surtout le soir. C'est à ce moment que l'un de nous fut appelé à examiner la malade et à donner son avis sur la nature et le traitement de la tumeur iliaque.

On constatait à ce niveau, dans l'angle de la fosse iliaque et de la cuisse, exactement au niveau du pli de l'aîne, mais remontant à quelques travers de doigt au-dessus, une tumeur dure, ligueuse et régulière, occupant toute la fosse iliaque et faisant corps avec la paroi abdominale qu'elle unissait aux plans sous-jacents. A son niveau, la peau présentait le pointillé caractéristique de la peau d'orange. La tuméfaction s'arrêtait nettement au pli de l'aîne, ne descendant pas au-dessous, et cependant la cuisse était légèrement fléchie sur le bassin, et il était impossible de l'étendre. En haut, au niveau du rein, sous le foie, la palpation n'e révélait rien d'anormal, et la tumeur s'arrêtait suivant une ligne nette, profonde, et presque régulière. En dedans, elle ne dépassait pas les limites de la fosse iliaque.

Au toucher vaginal on ne trouvait rien d'anormal du côté de l'utérus ni des annexes.

La lenteur avec laquelle s'était développée cette tuméfaction (plus de deux mois), la marche torpide qu'elle avait suivie, le long passé dyspeptique qui avait précédé son apparition, enfin la dureté considérable, invitaient à partager le diagnostic de néoplasme précédemment porté. Mais dès ce premier examen, il y avait des raisons d'émettre des doutes sur ce diagnostic. C'est qu'en effet, la pression était un peu douloureuse, et que la douleur devenait plus vive quand on cherchait à étendre le

membre inférieur. D'autre part, il y avait de la fièvre le soir, ainsi qu'il était permis de le supposer d'après les sueurs nocturnes, l'agitation vespérale et quelques sensations de froid. Et puis, surtout, il semblait y avoir, au centre de la tumeur, un point où la dureté était moindre. Ce semblant de ramollissement n'existait qu'en un tout petit point, de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

C'en était assez pour penser à la suppuration du néoplasme secondaire. Ce fait s'observe parfois. La suppuration existait bien réellement, mais le néoplasme n'existait pas, ainsi que l'avenir le montra. Il y avait un phlegmon et rien qu'un phlegmon.

L'opération fut proposée et acceptée quelques jours plus tard. Une incision fut pratiquée sur la tumeur, parallèlement à l'arcade de Fallope, mais à quelques centimètres au-dessus, l'incision de l'appendice. Après avoir traversé des tissus sclérosés, lardacés et comme infiltrés de vieille date d'un tissu de néoformation déjà organisé, le bistouri arriva dans un foyer de suppuration contenant tout au plus 100 grammes de pus crémeux.

Depuis l'ouverture de cet abcès, la scène a changé. Localement, la douleur a disparu, le membre inférieur a pu s'étendre et ses mouvements ont récupéré toute leur liberté.

Mais c'est surtout au point de vue de l'état général que la transformation a été complète. Les vomissements ont cessé, l'appétit est revenu, la malade a engraisé, et tous les signes du prétendu néoplasme stomacal se sont dissipés complètement.

Trois mois après, la malade avait repris sa vie habituelle. La fosse iliaque est restée longtemps dure et ferme ; la suppuration a persisté en temps égal sans avoir été jamais très abondante et sans que jamais il soit sorti par le drain autre chose que du pus.

En un mot la guérison a été radicale et complète et nous avons été induits en erreur, dans ce cas, par une forme anormale et exceptionnelle de suppuration iliaque.

La cause de cette suppuration nous reste inconnue, mais le siège de la collection porte à la rattacher à une lésion appendiculaire.

OBSERVATION II

Femme de cinquante-sept ans, adressée par notre confrère M. Alexandre pour une tumeur abdominale au mois de mai 1897.

C'est une femme d'aspect cachectique, pâle, jaunie, amaigrie, marchant avec peine et parlant à voix basse comme un être profondément débilité. Elle raconte que sa maladie remonte à deux ans. Elle n'avait avant cette époque, jamais été malade. Elle a eu un seul enfant, âgé de trente-sept ans. Ses règles ont cessé il y a onze ans, sans aucun accident.

Il y a deux ans, elle fit une chute dans l'escalier et tomba sur le côté droit. Au moment de cet accident, elle ne remarqua rien de particulier, put se relever et continuer à marcher.

Mais c'est depuis ce moment qu'elle a commencé à éprouver, dans le côté droit, du malaise et de la fatigue. Elle n'y prit pas garde et continua de vaquer à ses occupations. Elle était cependant moins forte et moins vaillante qu'auparavant.

Il y a six mois, le malaise local est devenu une vraie douleur et la malade a dû s'aliter. A partir de ce moment, elle a commencé à vomir. Les vomissements survenaient en particulier chaque fois qu'elle mangeait de la viande.

L'appétit et les forces ont été progressivement en décroissant,

alors qu'un amaigrissement rapide se produisait et que la peau devenait pâle.

Enfin, il y a quinze jours, elle a constaté la présence d'une tumeur dans le flanc droit.

La maladie, d'ailleurs, s'était encore aggravée, elle vomissait presque tout ce qu'elle ingérait, ne dormait plus, avait des sueurs nocturnes et souffrait presque constamment.

A l'examen, on voit se dessiner, à droite, une tumeur volumineuse qui soulève la paroi abdominale, dont les contours sont nettement définis et que le palper direct ou combiné permet de délimiter aisément.

Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme. Elle occupe le flanc droit. Elle affleure, en dehors le bord droit de l'abdomen. En dedans, elle s'étend jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic. En bas, elle se termine à la partie supérieure de la fosse iliaque, qui reste libre et dans laquelle elle n'envoie aucun prolongement. En haut, elle s'arrête aux limites de l'hypochondre, et la main peut s'insinuer entre elle et les fausses côtes et constater qu'elle est indépendante du foie et du rein. En arrière, elle prend contact avec la région lombaire dans l'espace intermédiaire entre la crête iliaque et la douzième côte. En avant, elle vient au contact de la paroi abdominale antérieure à laquelle elle est immédiatement sous-jacente. Les contours de cette tumeur sont arrondis et réguliers. Sa surface est lisse, sa consistance est dure, mais plutôt rénitente ; il n'y a pas trace de fluctuation. Elle ne se meut ni sous l'influence de la respiration ni par le changement de position. En la saisissant d'avant en arrière, entre les deux mains, on la mobilise dans le sens antéro-postérieur, mais, en se déplaçant, elle ne perd pas ses rapports avec la paroi abdominale. Ajou-

tons qu'elle est absolument mate à la percussion, mais limitée, en revanche, partout, sauf en dehors, par une zone de sonorité. La palpation en est légèrement douloureuse et provoque une légère contraction de défense de la paroi abdominale.

La malade entre à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Legueu, qui l'opéra le 9 mai 1897.

La veille de l'opération, la température vespérale atteignait 39°5 et venait encore confirmer le diagnostic de suppuration. La laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit. La paroi est infiltrée et œdémateuse. Les couches musculaires et aponévrotiques sont fortement unies et presque fusionnées dans les parties profondes. Bientôt le pus paraît et l'incision est agrandie. La collection adhérait à la paroi ; la poche, unique, contenant environ 300 grammes de pus, était tapissée par une membrane tomenteuse et friable.

Le pus, épais et phlegmateux ne contenait ni matières fécales ni corps étranger. Drainage.

Pendant quelque temps la malade fut améliorée. La fièvre tomba, mais les forces ne revenaient pas. Chaque jour une suppuration abondante inondait le pansement.

La plaie se referma trop rapidement et, un jour que la température s'était élevée de nouveau, M. Pozzi, constata qu'il y avait rétention purulente et pratiqua un nouveau débridement.

Malgré cette seconde intervention, la malade se cachectisa de plus en plus et mourut de fièvre hectique, de septicémie chronique, un mois après la première opération.

L'autopsie pratiquée par M. Martin, interne du service, montre l'absence de tout néoplasme. Il n'y avait qu'une poche suppurée, développée au contact du cœcum et de l'appendice.

Ces deux organes étaient accolés à la face interne de la poche et faisaient corps avec elle.

OBSERVATION III

La nommée S... (Marie), âgée de soixante-huit ans, entre le 11 mars 1897 à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi.

Sa mère est morte à quarante-neuf ans d'une affection utérine de nature indéterminée.

Notre malade a eu dans son enfance la variole et de nombreuses bronchites. Réglée à douze ans, mariée à vingt ans, elle a eu deux enfants, dont une petite fille morte en bas âge de dysentérie. L'autre enfant est bien portant. Les règles ont cessé à quarante-six ans, sans incidents notables. La malade a toujours été très constipée. Depuis deux ou trois mois elle éprouvait une fatigue insolite, avec amaigrissement progressif, que rien n'expliquait, lorsqu'à la fin de janvier 1897 elle fut prise, subitement, de douleurs abdominales très violentes, localisées dans tout le côté droit du ventre et qui s'accompagnèrent bientôt de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements.

A ce moment la constipation habituelle cessa et fut remplacée par de la diarrhée. Les douleurs et les vomissements disparurent vite, mais la faiblesse augmenta ; l'appétit disparut complètement, un amaigrissement énorme survint et la malade dut s'aliter jusqu'à son entrée à l'hôpital.

L'examen, pratiqué le jour de son entrée à l'hôpital, permet de constater dans le flanc droit la présence d'une masse dure et rénitente, qui paraît n'être mobile dans aucun sens. Elle est mate à la percussion, et cette matité permet de la délimiter facilement du côté de l'abdomen. Elle est limitée, en bas et en

arrière, par l'os iliaque. En haut elle semble se continuer avec le foie. En dedans, elle s'étend sensiblement jusqu'à la ligne médiane. En dehors, elle répond au côté droit de l'abdomen et à la crête iliaque.

En arrière elle n'empiète pas dans la fosse rénale, qui reste absolument dépressible et libre. La palpation, pratiquée à son niveau, révèle une douleur très violente au-dessus des fausses côtes et un peu en avant, à l'union du flanc et de l'hypochondre droit. A ce niveau, on note d'ailleurs de l'œdème de la peau et de l'empâtement. La tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires.

L'état général est mauvais ; la malade a beaucoup maigri depuis le mois de Janvier, et elle a de la fièvre tous les soirs. Il n'y a rien de particulier dans les urines.

Le diagnostic est hésitant, et on discute successivement l'hypothèse d'un néoplasme du rein, d'une appendicite, et enfin d'une affection dégénérative, soit tuberculeuse, soit cancéreuse, du cœcum.

L'idée d'un néoplasme du rein semble devoir être écartée, car l'examen des urines est resté négatif et jamais la malade n'a eu d'hématuries.

D'autre part, la longue évolution de la maladie (un mois et demi), la marche subaiguë, l'absence des fluctuations, sont bien peu en faveur de l'appendicite. Enfin, le fait d'une fièvre à grandes oscillations vespérales s'accorde mal avec l'idée d'un néoplasme du cœcum.

Dans le doute, la malade est examinée sous le chloroforme. Mais alors, la dureté de la tumeur, son irrégularité, sa situation près de la fosse iliaque, son adhérence à l'os iliaque font porter

le diagnostic d'ostéosarcome de l'os iliaque et aucune intervention n'est pratiquée.

Les jours suivants, la malade continue à souffrir, surtout pendant la nuit ; la fièvre persiste, à grandes oscillations, à maximum vespéral ; l'urine devient trouble et purulente.

L'affaiblissement est extrême, l'appétit nul, l'amaigrissement s'accroît de jour en jour, et le teint devient terreux. Bientôt, il n'est plus permis de douter qu'on soit en présence d'une suppuration de la fosse iliaque.

D'ailleurs, la tumeur s'est accrue : elle a gagné en dehors vers la région lombaire, en dedans vers la cavité abdominale, et la fluctuation paraît évidente.

M. Pozzi opère la malade le 24 mars.

Incision au niveau de la fosse lombaire, entre elle et la fosse iliaque, parallèlement à la crête iliaque. La peau et les muscles profonds incisés, on tombe sur une poche contenant un litre et demi de pus, à odeur franchement intestinale. Cette poche a des parois tomenteuses, qui se prolongent très loin, en haut du côté de la région lombaire, en bas vers la fosse iliaque et le petit bassin. Drainage.

La malade déjà fort cachectisée, meurt dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée le 26. La collection était rétrocœcale et rétrocolique, et due à une perforation de l'appendice, siégeant à l'union de l'appendice et du cœcum.

L'appendice remontait derrière le côlon ascendant.

OBSERVATION IV

B.... (Elisabeth), soixante et un ans, couturière. Père mort d'une pneumonie, à l'âge de soixante-quatre ans ; mère morte à

l'âge de soixante-douze ans, d'une affection indéterminée. Régliée à l'âge de douze ans. A seize ans, scarlatine. Mariée à vingt ans, elle a eu deux grossesses normales : ses enfants sont actuellement bien portants. Elle a cessé d'être réglée à l'âge de quarante-cinq ans.

En 1892, elle a eu une légère atteinte de choléra.

Au mois d'avril 1895, elle fait une congestion pulmonaire grippale. Elle était en pleine convalescence, et songeait à reprendre ses occupations, lorsque, vers le 15 avril, surviennent de violentes indigestions. Ces coliques disparaissent en vingt-quatre heures, mais laissent à leur suite une sensibilité de la région droite de l'abdomen. Cette douleur n'est pas spontanée, mais apparaît lorsque la malade se lève. Toute fatigue lui devient impossible, et elle a de la peine à marcher. Quand elle palpe sa région iliaque droite, elle réveille sa douleur.

En même temps ses forces diminuent et elle perd l'appétit. Elle reste dans cet état pendant quinze jours.

Elle se présente à la consultation de chirurgie de Lariboisière au commencement de mai. On lui annonce qu'elle a une tumeur qui serait susceptible d'être opérée, si elle n'était pas si âgée, car l'opération sera grave.

La malade refuse d'entrer.

Elle reste tout le mois de mai sans revenir à la consultation.

Mais son état général s'est gravement altéré : ses forces sont nulles, elle ne prend qu'un peu de lait, et elle souffre toujours dans le ventre à l'occasion des mouvements.

Un médecin, appelé auprès d'elle, s'étonne de lui trouver de la fièvre, dont il ne peut découvrir la cause, et lui conseille de ne pas faire opérer sa tumeur. Celle-ci a sensiblement grossi.

Le 9 juin, le médecin, appelé de nouveau auprès d'elle, cons-

tate la présence d'un « petit abcès sous-cutané », et, comme elle ne peut recevoir à domicile les soins que nécessite son état, l'envoie à l'hôpital, où elle est admise salle Elisa Roy, dans le service de M. Peyrot.

L'examen est pratiqué le 10 juin.

La malade a un aspect cachectique. La langue est sèche, la peau chaude, le thermomètre marque 39 degrés. Tout mouvement est douloureux, et la malade se tient, de préférence, dans le décubitus latéral droit, la cuisse fléchie. Dès qu'on la touche, elle se plaint.

La région de la fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction appréciable à la vue, mate à la percussion, douloureuse au toucher. La peau est rouge violacé dans une étendue d'une paume de main, et sur le point d'être ulcérée par une collection purulente sous-jacente. La malade est opérée immédiatement. L'incision est faite sur le point culminant de l'abcès et conduit dans une cavité sous-cutanée d'où s'écoulent environ 100 grammes de pus. Le fond de cette poche est grisâtre. En l'explorant, on voit sourdre du pus par un petit pertuis de l'aponévrose du grand oblique ; l'abcès était en bouton de chemise.

On incise largement cette aponévrose sur la sonde cannelée et on arrive ainsi dans une très grande poche pleine d'un pus épais, verdâtre, très fétide et qu'on évacue. La poche remplit toute la fosse iliaque et présente un diverticule qui va vers la région lombaire et un autre qui va vers le petit bassin. On ne voit ni le cœcum, ni l'appendice, qui semblent rejetés en avant et en dedans de la collection. Les parois de l'abcès sont tomenteuses. Ecouvillonnage, lavage et drainage. Pansement iodoformé.

Le soir la température était à 38°, le lendemain à 37°. La

convalescence fut longue, mais se fit sans incidents. Au bout d'un mois, la malade avait recouvré ses forces et son embonpoint.

OBSERVATION V

Mme B... a 59 ans. Son père était goutteux et hémorrhoïdaire. Il est mort à 62 ans d'un ramollissement cérébral. Sa mère, rhumatisante et dyspeptique, a succombé quelques années après la ménopause à une péritonite qui serait venue compliquer une tumeur abdominale qualifiée « épanchement de sang ». La maladie avait duré en tout quatre mois. Réglée à 9 ans et demi, a cessé de l'être à 40 ans. Mariée à 20 ans, n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche. Elle a fait, à 18 ans, une fièvre typhoïde d'une gravité tout à fait exceptionnelle. Cette dothiéntérie s'est, en effet, compliquée dans le cours de son évolution, d'hémorragies intestinales très abondantes et très fréquentes et d'une myocardite aiguë, devenue chronique par la suite, et dont la malade n'a jamais guéri. Au déclin de l'affection, survint un pseudo-rhumatisme infectieux, surtout localisé à la région de la nuque et au poignet gauche, qui s'est enkylosé par la suite. Cette fièvre typhoïde a laissé, en outre, à notre malade, une paralysie, ou, tout au moins, une parésie intestinale telle que, depuis cette époque, elle n'a pas cessé un seul jour l'usage de lavements ou de purgatifs.

Depuis dix ans cette constipation a encore augmenté. Elle s'accroissait surtout à chaque écart de régime, s'accompagnant alors de coliques sans localisation précise, plutôt sous-ombilicales, de ballonnement du ventre, d'éruclations très pénibles et de nausées, mais sans vomissement ; généralement, il s'y ajoutait un léger mouvement fébrile. Un ou deux purgatifs ame-

naient la disparition de tous ces accidents en deux ou trois jours et les deux ou trois premières selles se montraient glai-reuses et quelquefois teintées de sang.

Au mois de mai 1897, à une date que la malade ne peut guère préciser, elle fut reprise, sans raison très appréciable et sans écart de régime, des mêmes accidents et n'y attacha pas une grande attention. La douleur lui parut pourtant un peu plus intense à droite, au début tout au moins. Au bout de deux jours, d'ailleurs, elle avait disparu en tant que douleur spontanée, et, seule, une pression énergique dans le flanc droit pouvait la réveiller.

Cette fois, la constipation dura six jours. Quant à la fièvre, qui d'ordinaire disparaissait en quarante-huit heures, elle ne céda pas à la quinine, et, tous les soirs, à la même heure, la malade avait une élévation de température (frissonnement, peau chaude, soif, céphalée). L'appétit non seulement ne revenait pas, mais diminuait de jour en jour, en même temps que la faiblesse augmentait et qu'il se faisait un amaigrissement rapide.

Au bout de quinze jours, le médecin traitant constatait, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée dans le sens vertical, mate, et un peu douloureuse à une palpation profonde et intense. Dans l'hypothèse d'une typhlite stercorale, lavements et purgatifs furent successivement administrés, tandis que, localement on appliquait sangsues, cataplasmes et vésicatoires.

Mais l'état local ne s'améliora pas. Non seulement la tumeur persista, mais son volume s'accrut. Au bout d'un mois, elle avait acquis le volume du poing et faisait saillie sous la paroi. Elle restait peu douloureuse. Quant à l'état général, il était devenu de plus en plus mauvais. L'inappétence avait fait

place à une anorexie absolue, l'amaigrissement était devenu extrême, la fièvre persistait sous forme d'accès vespéraux, les jambes étaient œdématisées.

Un chirurgien appelé en consultation, porta le diagnostic ferme de cancer du cœcum. Aucune opération ne lui parut devoir être tentée étant donné l'état cachectique de la malade, la lésion de son cœur et le mauvais fonctionnement de ses reins, et il porta le pronostic le plus grave.

Tout le monde dans l'entourage de la malade s'attendait à un dénouement fatal à très brève échéance, lorsque apparut une légère rougeur au niveau de l'ombilic. La peau s'ulcéra et il s'écoula par cet orifice, environ un verre de pus très fétide. Il en sortit ainsi, tous les jours, une assez grande quantité pendant cinq ou six jours et l'écoulement diminua ensuite progressivement. Dès le lendemain de cette ouverture spontanée, la fièvre était moindre.

Au bout de trois jours, il n'y en avait plus. En même temps l'appétit revenait et l'état général s'améliorait très rapidement.

Au bout d'un mois, la malade pouvait se lever, la fistule ombilicale persistait, mais l'écoulement était assez minime pour que le pansement n'eût besoin d'être renouvelé que tous les deux jours. La tuméfaction iliaque s'était sensiblement affaissée mais n'avait pas totalement disparu. Au bout de deux mois, la suppuration se réduisait à quelques gouttes à peine. Quelquefois même le pansement pouvait rester trois ou quatre jours sans être souillé, et tout paraissait terminé, lorsque survenait un peu de gêne, un malaise et un léger mouvement fébrile. Le pus se faisait jour à nouveau, entraînant avec lui la disparition des accidents.

Tel était l'état de la malade, lorsque nous eûmes à l'exami-

ner. Rien d'alarmant dans son état général. Sans être grasse, Mme B... présente un certain embonpoint, mais son entourage ne peut assez nous dire combien elle avait maigri et quelle transformation complète s'est opérée depuis un mois. Le facies est encore un peu pâle, mais la langue est bonne, l'œdème des jambes a disparu, l'appétit est très satisfaisant. La malade étant dans la position couchée, on constate que la moitié droite de l'abdomen est légèrement plus saillante que la gauche.

Au palper, on sent dans le haut de la fosse iliaque, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, une tuméfaction grosse comme un œuf de dinde, peu douloureuse, sonore à une percussion superficielle, mate à une percussion profonde. Quand on appuie fortement sur cette tuméfaction, il semble qu'elle soit réductible. Et, de fait, on voit apparaître un peu de pus au niveau d'un orifice fistuleux, placé un peu à droite et au-dessous de l'ombilic. Un stylet introduit par cet orifice fistuleux nous permet d'explorer la fistule. Il pénètre tout entier dans le trajet, se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors pour venir aboutir au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le toucher vaginal et rectal est absolument négatif.

Nous pouvions nous demander si nous étions en présence d'une adénopathie secondaire, à un cancer du cœcum, à une suppuration péri-cœcale par ulcération cancéreuse du cœcum (le fait, pour rare, n'est pas cependant exceptionnel), ou à une suppuration péri-appendiculaire. C'est ce dernier diagnostic qui nous parut le mieux expliquer la reprise de l'appétit, de l'embonpoint et des forces, après l'évacuation spontanée du pus. Cette « véritable résurrection », pour employer l'expression de ceux qui la soignaient, n'aurait jamais pu se produire, s'il s'était

agi d'un cancer cœcal. D'autre part, la connaissance des accidents intestinaux antérieurs, des poussées d'entéro-colite auxquelles notre malade était sujette depuis de longues années, militaient en faveur de l'appendicite.

Au reste, l'indication opératoire nous paraissait formelle.

Il fallait donner une large issue au pus. Une incision parallèle à l'arcade de Fallope nous conduisit dans une cavité de parois fongueuses. Cette poche fut lavée et drainée. Au bout de quinze jours, le drainage n'était plus nécessaire. Au bout d'un mois, la cicatrisation était complète. Quant à la fistule ombilicale, elle s'était fermée spontanément trois jours après la contre ouverture. La malade est aujourd'hui dans un état de santé parfaite, et la fosse iliaque droite est presque aussi dépressible que la gauche.

OBSERVATION VI

Le 31 janvier 1898, l'un de nous voyait, avec notre excellent confrère et ami le D^r Collinet, une malade de province chez laquelle on avait porté le diagnostic de fibrome subissant une transformation cancéreuse.

Cette malade, âgée de cinquante-six ans, avait toujours joui d'une très bonne santé; à part un fibrome de l'utérus diagnostiqué depuis plus de dix ans, mais qui ne l'avait jamais incommodée sérieusement et qui n'avait pas empêché la ménopause d'arriver sans accidents. On ne sait si, à la suite de la ménopause, le fibrome avait ou non régressé.

Il y a quatre mois, la malade commença à perdre l'appétit, à maigrir, et à perdre des forces. Quelques jours après, elle

éprouvait une vive douleur dans le flanc droit, qui disparaissait vite, mais la laissait plus fatiguée.

Elle fut forcée de s'aliter. Les vomissements survinrent, l'appétit disparut, et la malade, très forte, très adipeuse, devint en quelques mois, un véritable squelette. La fièvre survenait presque tous les soirs, sous forme d'accès franc ou d'horripilations, avec sueurs froides. La nuit, insomnie et sueurs.

Lorsque nous vîmes la malade, elle avait du muguet depuis deux mois. La jambe droite était œdématiée, la teinte générale du tégument jaune paille, les lèvres décolorées, les conjonctives subictériques.

La malade reposait dans le décubitus dorsal et un peu latéral droit. La jambe droite était fléchie sur la cuisse et celle-ci légèrement sur le bassin. Tout mouvement imprimé au membre inférieur droit était très douloureux. Mais en palpant la région pelvi-trochantérienne, la douleur provoquée était atrocement pénible. A ce niveau et au niveau de toute la fesse et de toute la hanche, la peau était œdématiée et comme le siège d'une infiltration gélatineuse. La température était à 39°5. Au toucher vaginal, on sentait dans le cul-de-sac latéral droit un empatement un peu douloureux. Par le palper de l'abdomen, on trouve une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite descendant dans le petit bassin, très dure presque partout, mais ayant comme un point ramolli au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tuméfaction est douloureuse à une pression très énergique et mate. Ses contours sont peu nets, mais on peut insinuer la main entre elle et la face inférieure du foie; d'ailleurs, elle n'est pas mobilisée par les mouvements respiratoires. Le rein paraît en être distinct. La tumeur dépasse la ligne médiane dans la région sous-ombilicale et forme un gros

plastron en avant de la vessie. Celle-ci est le siège d'une inflammation suppurée. La malade, depuis dix jours, n'urine que du pus et présente tous les signes de la cystite classique.

Pouls à 120, Escharres au sacrum. A quoi avions-nous affaire ?

Evidemment, l'aspect absolument cachectique de la malade, l'œdème des jambes, le muguet, l'âge, nous permettaient de penser à la transformation maligne du fibrome antérieurement diagnostiqué. Mais quelque chose nous frappait particulièrement, c'était la fièvre, la présence de pus dans les urines, et surtout, cette douleur vive dans la région rétro-trochantérienne et au niveau de l'échancrure sciatique. D'autre part, sans être fluctuante, la tuméfaction nous donnait une sensation de rénitence un peu spéciale.

Notre diagnostic fut celui d'appendicite probable et, malgré l'état en quelque sorte désespéré de la malade, nous ne voulûmes pas lui refuser la seule chance de salut qui lui restât.

L'opération acceptée, la malade fut endormie. A ce moment nous pûmes tous constater la fluctuation évidente, quoique très profonde, de cette curieuse tuméfaction. Notre diagnostic de suppuration était confirmé. Une grande incision, parallèle à la crête iliaque nous permit d'évacuer une collection purulente atrocement fétide de plus d'un litre de pus. Elle avait fusé dans le petit bassin et s'était créé un chemin à travers l'échancrure sciatique, jusque vers l'ischion. A cet endroit précis, une contre-ouverture permit d'assurer le libre écoulement du pus.

Les suites immédiates furent bonnes, mais notre intervention avait été trop tardive et la malade, ne pouvant plus digérer, épuisée par sa longue suppuration, sa cystite, et probablement aussi une pyélo-néphrite ascendante, succomba au bout de quelques semaines à cette septicémie.

OBSERVATION VII

(M. Vautrin, *Revue de Gynécologie de Pozzi*, n° 1, p. 71).

En avril 1897, je fis entrer à ma clinique une femme de cinquante-cinq ans environ, originaire de la Meuse. D'une excellente santé antérieure, cette femme avait ressenti, depuis trois mois, de vives douleurs dans le flanc droit, où une tuméfaction s'était lentement développée. Sous les yeux du médecin s'étaient produites à plusieurs reprises des crises néphrétiques extrêmement douloureuses, accompagnées d'augmentation de volume du rein, et suivies d'évacuation abondante d'urine. Le médecin m'adressa la malade pour une tumeur du gros intestin, et j'avoue qu'après examen répété je corroborai à peu près ce diagnostic, mais non sans hésitation. Or voici ce que je rencontrai pendant l'opération : un péritoine intact, un cœcum refoulé en avant et rétréci par une tuméfaction rétro-péritonéale ; pas trace d'appendice dans le ventre. Je refermai le péritoine, puis, profitant de l'incision des parties molles, je m'acheminai par décollement, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; derrière le cœcum et le côlon ascendant, jusque vers la partie extérieure du rein et à partir de la fosse iliaque droite, je rencontrai une masse inflammatoire résistante, renfermant dans son centre un pus épais, grumeleux, avec des débris de tissu sphacélé. Accolé au cœcum, je trouvai l'appendice, dur, scléreux et très gros. Sur la paroi lombaire se trouvait un cordon volumineux de deux centimètres de diamètre au minimum, descendant de la région rénale, et que je pouvais suivre en décollant le tissu ambiant, jusqu'aux vaisseaux iliaques. Ce cordon n'était autre chose que l'uretère droit, dont le calibre était considérablement

augmenté et dont les parois étaient épaissies jusqu'à se laisser difficilement aplatir par la pression entre deux doigts. Sur toute l'étendue de la plaie, je ne pus trouver sur cet uretère un point rétréci ou comprimé pouvant indiquer un rétrécissement ; partout le calibre était le même, fort exagéré pour le débit du rein correspondant. Après avoir réséqué l'appendice, nettoyé et drainé le foyer, je fermai la plaie. Les suites furent très simples. Au bout de 25 jours environ, la malade rentrait chez elle complètement guérie.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Mme L. H... 45 ans.

Parents se portent bien. Sur onze enfants, il ne reste que deux sœurs. Les autres sont morts à différents âges et sans qu'il y ait rien de particulier à signaler.

Réglée à 15 ans, elle l'a été assez irrégulièrement. Ménopause à 41 ans. Elle n'a eu aucune maladie ni dans son enfance, ni après. Néanmoins elle était sujette à avoir quelques épistaxis. A noter une légère constipation, non suivie de diarrhée. Avant d'être malade pour la première fois, elle éprouvait quelques vertiges, et des envies de rendre, mais jamais de vomissement. Elle a un tempérament nerveux assez accentué, mais n'a jamais eu de crise nerveuse.

Il y a huit ans à la suite d'ingestion d'un morceau de boudin grillé, elle éprouve un malaise général, avec douleur dans le bas-ventre, avec prédominance dans le côté droit. En outre elle souffre dans le creux de l'estomac. Le Dr Gaselbach la soigne pour une gastralgie. La malade reste au lit pendant trois mois, elle n'a pas de vomissements pendant toute cette période. Au

moment de quitter son lit la malade s'aperçoit qu'elle a beaucoup maigri.

Bientôt, la malade recouvre sa santé antérieure et pendant deux ans elle se porte tout-à-fait bien.

A cette époque, la malade, étant invitée chez des amis, mange de nouveau du boudin grillé avec des lentilles. Mais au milieu de son repas elle se trouve prise d'une syncope ; aussitôt après elle rend complètement ce qu'elle a mangé. La malade sentait une pesanteur dans le creux de l'estomac, et elle éprouvait une gêne respiratoire considérable. Quelques jours après la malade sentait une pesanteur dans le bas ventre et de la parésie dans le fonctionnement des muscles de la cuisse et de la jambe droite. Cette fois encore elle est obligée de garder le lit pendant trois mois ; de plus, la malade éprouvant une douleur vive dans la région lombaire, douleur qui était exaspérée par le décubitus dorsal, se trouve forcée de fléchir les cuisses sur le bassin, pour ne pas souffrir.

Cette deuxième crise dure trois mois comme la précédente, et la malade recouvre sa santé antérieure. Comme traitement, on se contente de lui faire des badigeonnages calmantes loco dolenti.

Environ un an après, elle a une discussion avec son propriétaire à la suite de laquelle elle se trouve prise, le lendemain matin, d'une paralysie des membres supérieur et inférieur droits. Elle souffre de nouveau dans la région lombaire. Quelques jours plus tard la malade a senti pour la première fois, une grosseur dans la région inguinale. Cette tumeur avait le volume d'une grosse mandarine et était lisse au toucher (déclaration du mari). La tumeur était très douloureuse, et la douleur s'exaspérait par le toucher. La malade ne cessait pas de rendre pendant cette

période ; les vomissements consistaient en une bouillie noirâtre, quelquefois suivis de vomissements porracés. La malade a senti pendant cette époque une autre grosseur se développer dans la région lombaire ; elle était très douloureuse et forçait la malade à se courber toujours en avant.

La malade est soignée chez elle pour un abcès péritonéal, par la glace sur l'abdomen. Son médecin traitant, interrogé sur la nature de la grosseur lombaire, dit qu'elle est en prolongement de l'abcès péritonéal. Ce diagnostic était d'autant plus plausible que la malade a eu jusqu'à 39°5 de température. La malade garde le lit pendant huit mois, elle se trouve considérablement amaigrie, ses forces disparaissent et les douleurs devenant de plus en plus accentuées, elle se décide à entrer à l'hôpital. En 1897, elle entre donc à Saint-Louis, à la Salle Gosselin, dans le service de M. Bazy. Le 18 août 1897, M. Manget, interne du service, opère la malade et dans la légion lombaire et dans la région inguinale. Drainage et mèche de gaze iodoformée. Vers la fin de septembre, la malade quitte le service. A cette époque, la plaie de la région inguinale est tout-à-fait cicatrisée, tandis que celle de la région lombaire suppure encore.

La malade, tout en quittant le service, passait tous les trois jours à l'hôpital, pour faire changer son pansement. La fistule lombaire continuant toujours à suppurar, et la malade sentant de nouveau des troubles moteurs dans les membres supérieurs et inférieurs du côté droit ; en outre les vomissements ayant de nouveau reparu, elle entre de nouveau, au moins de février de l'année suivante, à la salle Gosselin, dans le service de M. Ricard, successeur de M. Bazy. Devant l'amaigrissement considérable de la malade, les vomissements et le mauvais état général, il pense à un néoplasme.

Il se contente donc de faire une grande incision dans l'espace compris entre les deux tumeurs iliaque et lombaire sans les atteindre toutefois : incision parallèle à la crête iliaque et qui donne issue à environ 200 gr. de pus.

Une fois opérée, les troubles moteurs des membres supérieurs et inférieurs ainsi que les vomissements disparaissent aussitôt.

La malade reprend peu à peu son embonpoint.

Elle quitte l'hôpital, au bout de quelques semaines, ayant la peau cicatrisée, mais gardant toujours la fistule lombaire.

La malade ne se trouvant pas guérie de sa fistule lombaire, et se sentant de nouveau affaiblie, rentre pour la troisième fois à St-Louis, salle Gosselin, où M. Ricard fait une nouvelle incision dans la région inguinale. La malade quitte l'hôpital au bout de quelques semaines, toujours gardant sa fistule lombaire.

14 ans, 57 inter.

Incision de l'abcès inguinal et de l'abcès lombaire, les deux abcès ne semblent pas communiquer, ils sont drainés séparément.

M. Ricard fait une première incision inguinale, mais celle-ci ne le conduit pas sur la tumeur, la fistule inguinale étant complètement tarie. Séance tenante, incision lombaire. On tâtonne une tumeur grosse comme une tête de fœtus, formant une masse lardacée, scléreuse au sein de laquelle on trouve une petite quantité de pus, et fait plus important, l'appendice non perforé, accolé à la paroi postérieure du cœcum par des adhérences solides. L'appendice était gros, tuméfié, turgescant, à parois sclérosées. Pas de corps étranger dans l'appendice. On enlève la masse avec son contenu, l'appendice y compris. Drainage à la Mickulicz. Suture.

Guérison complète. La malade venue le 15 novembre, c'est-à-dire huit mois après l'opération est complètement rétablie, ses fistules sont définitivement oblitérées, et elle a repris un embonpoint de 11 k.

Nous aurions voulu ajouter à ces 19 obs., 4 cas inédits d'appendicite à forme néoplasique, chez des femmes âgées, observées et opérées avec succès par M. Walther. Malheureusement M. Walther n'a pu retrouver les observations de ces malades dans ses notes et nous-mêmes malgré nos recherches, n'avons pu retrouver les malades. Quoi qu'il en soit, d'après les renseignements que M. Walther a bien voulu nous donner, il s'agissait bien chez ces quatre malades, de la forme d'appendicite qui nous occupe.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite à forme néoplasique est probablement beaucoup plus fréquente que ne l'indique le petit nombre de cas signalés dans la littérature médicale. Maintenant qu'elle est mieux connue il est probable qu'elle sera observée beaucoup plus fréquemment.

2° Cette forme de l'appendicite est surtout fréquente chez la femme et en particulier après la ménopause.

3° D'après notre étude anatomo-pathologique, nous nous croyons autorisé à considérer la situation à type postérieur de l'appendice, comme un facteur important non seulement de la localisation, mais encore de l'évolution clinique de l'affection.

4° Le diagnostic de l'appendice à formée néoplasique, s'il est difficile, peut cependant être porté, non seulement à la seconde période de l'affection, mais encore à la première, à condition toutefois d'avoir la notion d'existence de cette affection.

5° Le pronostic est essentiellement grave, si le diagnostic n'est pas fait et par conséquent si l'on n'intervient pas ; il est au contraire essentiellement bénin, si l'on institue un traitement hâtif comme le prouve l'analyse de nos observations.

6° Le traitement, pour être efficace, doit être hâtif et radical ; on ne devra pas se contenter d'inciser la poche, il faudrait encore supprimer l'appendice qui est la cause du mal. Ce sera le seul moyen d'éviter les fistules intarissables (obs. pers.) ou même la septicémie et la mort.

Vu et approuvé par le Président de la Thèse :

TILL AUX

Vu, Le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Aboulker. — Thèse Paris 1899.

Archives für Verdaungs-Krankheiten, 1899, tome 4^e fascicule 4.

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu 1898.

— Manuel de pathologie interne.

Fritz Isemer. — Dissertation inaugurale. Greifswald 8 mars 1898.

Fabre. — Appendicite à forme néoplasique. Thèse Paris 1898.

Gangolphe et Duplân. — Revue de Chir. 10 juin 1897 p. 503.

Jalaguier. — Traité de Chirurgie, article : appendicite.

— (Société de Chir. 1892, 9 mars).

Jean Maire. — Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. Paris 1900
XLVII 193.

Gérard Marchand. — Soc. de Chir. 24 juillet 1895.

Legueu. — Appendicite.

Legueu. — « Appendicite à forme néoplasique ». Revue de
Gynécologie de Pozzi, n° 2. 1898 p. 301.

Levrey. — Thèse Paris 1899.

Manuel Ringlais. — Thèse Lyon, 3 fév. 1897.

Monod et Vauvarts. — « L'appendicite », Paris 1897.

Viard. — Thèse de Paris, 1896.

Quénu. — Soc. de Chir. 16 oct. 1895.

Reclus. — Soc. de Chir. 16 oct. 1895.

Schwartz. — Soc. de Chir. 31 juillet 1895.

Schuchardt. — Stettin (Communication au congrès de chirurgie allemande 1890).

Talamon. — Appendicite et pérityphlite, 1892.

Terrier. — Soc. de Chir. 1892 à 1893.

Tillaux. — Journal des praticiens, 1895.

Tuffier. — Soc. de Chir. oct. 1895.

Vautrin. — Revue de Gynécologie de Pozzi, n° 1. p. 71.

Walther. — Congrès de Chir. 1898.

